

PLUS DE 1/3 DES SUJETS INCARCÉRÉS RELÈVENT DES SOINS PSYCHIATRIQUES

Aspects particuliers de la pathologie psychiatrique en prison et de sa prise en charge

Catherine Paulet

Pôle psychiatrie, médecine, addictologie en détention-médecine légale, Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, 13009 Marseille, France.
catherine.paulet@free.fr

SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE : UNE MISSION RÉCENTE

Longtemps, l'exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire est resté le fait d'experts psychiatres requis au titre de l'article 64 du code pénal de 1810 (devenu article 122-1 alinéa 1 du code pénal de 1992) qui stipule, en substance, qu'il n'y a pas lieu de retenir la responsabilité pénale, et donc de juger et punir un auteur d'infraction pénale dont les troubles mentaux ont aboli le discernement au moment des faits, le dispositif sanitaire prenant dès lors le relais.¹

Même si la réforme pénitentiaire d'après guerre (1945) avait posé le principe de création d'un service médico-psychologique dans chaque prison, très peu de psychiatres (quelques vacataires de l'administration pénitentiaire ici et là) soignaient en prison les détenus souffrant de troubles psychiatriques.

L'expérience déterminante pour la suite a été celle du Dr J. Mérot, psychiatre des hôpitaux au centre hospitalier d'Étampes (Essonne). Ce dernier crée, en effet, en 1973 un centre médico-psychologique à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis sur le modèle d'une structure de secteur psychiatrique : une équipe soignante pluridisciplinaire, rattachée à un centre hospitalier, intervenant en milieu pénitentiaire, au plus près de la population fût-elle captive, pour y exercer une pratique psychiatrique « ordinaire ». Ordinaire ne voulant pas dire banal, car il n'est jamais banal de tra-

vailler dans ce lieu d'exception-réclusion-exclusion qu'est la prison, mais telle que pratiquée en « population générale ».

En 1977, une circulaire interministérielle santé-justice préconise la mise en place de centres médico-psychologiques régionaux dans les principales maisons d'arrêt, sur le modèle du secteur psychiatrique. Des structures se mettent progressivement en place sur ce modèle.

La consécration du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, aux côtés du secteur de psychiatrie générale et du secteur de psychiatrie infanto-juvénile, est actée par les lois-cadres du 25 juillet et du 31 décembre 1985 relatives à la sectorisation psychiatrique.

Mais ce n'est qu'avec la loi du 18 janvier 1994 que le principe d'une organisation des soins et d'une prise en charge sanitaire de la population pénale sous tutelle du ministère de la Santé et non plus du ministère de la Justice, initié par exception par la psychiatrie, devient la règle pour tous les établissements pénitentiaires et l'ensemble des soins psychiatriques et somatiques.

Les principes posés par la loi de 1994 témoignent d'une volonté politique forte à haute valeur morale ajoutée, initiée par Robert Badinter en 1984.²

Mais si la qualité des soins délivrés aux personnes détenues a indéniablement progressé, singulièrement depuis 1994, le dispositif mis en place a validé l'idée que l'on pouvait incarcérer pour soigner, à moindre coût et avec bonne conscience. Et on observe notamment que l'abolition du discernement en raison de

troubles mentaux au moment des faits est de moins en moins retenue par les psychiatres experts au profit de l'altération du discernement, entraînant l'incarcération de patients atteints de pathologies très graves.

LA MORBIDITÉ PSYCHIATRIQUE EN QUELQUES CHIFFRES

L'enquête la plus significative à ce sujet est l'enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral conduite en France en 2004.³ Les résultats observés montrent un pourcentage élevé de détenus en état de souffrance psychique³ plus élevé que dans les études européennes.⁴

Fréquence de la maltraitance dans l'enfance

Un tiers des hommes et 40 % des femmes ont déclaré avoir subi dans l'enfance des maltraitances de nature physique, psychologique ou sexuelle ; 26 % des détenus ont vécu un autre événement traumatisant durant leur enfance (violence chez des proches, accidents, divorces, abandons...).

Plus du tiers des détenus ont déjà consulté pour un motif psychiatrique avant leur incarcération ; 16 % ont déjà été hospitalisés pour raisons psychiatriques, 6 % ont été suivis par un dispositif de lutte contre la toxicomanie, et 8 % par un dispositif de lutte contre l'alcoolisme.

Forte incidence des addictions

Sans surprise (choc de l'incarcération, privation de liberté, de l'environnement

familial, etc.), les troubles anxieux (56 % des hommes, 54 % des femmes) et dépressifs (47 % des hommes, 51 % des femmes) sont largement représentés.

L'enquête a confirmé la forte incidence des addictions, et notamment des polyconsommations : 38 % des détenus incarcérés ont une dépendance aux substances illicites et 30 % une dépendance à l'alcool.³

L'enquête, enfin, a bien mis en évidence l'incidence des psychoses. Le taux de schizophrénie a été évalué à 3,9 %, soit 4 fois plus qu'en population générale.

L'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota (MMPI) repère une personnalité antisociale (vie entière) chez 28 % des hommes détenus et 14 % des femmes.

Un risque suicidaire est repéré pour 40 % des hommes et 62 % des femmes. Ce risque est jugé élevé pour presque la moitié des personnes concernées. Le suicide est une préoccupation majeure en détention et pour cause : il est 6 à 7 fois plus fréquent qu'en population générale pour une catégorie socio-démographique équivalente.

Les associations de troubles sont fréquentes.

En définitive, les enquêteurs ont considéré que 35 % des sujets rencontrés pouvaient être considérés comme manifestement, gravement ou très gravement malades et relevaient de soins psychiatriques.³

LE DISPOSITIF DE SOINS PSYCHIATRIQUES AUX PERSONNES DÉTENUES

L'ensemble de la prise en charge sanitaire somatique et psychiatrique des personnes détenues est confié au service public hospitalier, et chaque prison est liée par convention à un hôpital de proximité.^{5,6}

En milieu pénitentiaire

L'organisation repose sur :
– les 26 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (SPMP), dont la structure pivot est le service médico-psycho-

logique régional (SMPR), service à vocation régionale, implanté dans un ou plusieurs établissements pénitentiaires ;

– les 152 secteurs de psychiatrie générale et le cas échéant infanto-juvénile qui interviennent dans les établissements pénitentiaires de leur aire géo-démographique, au sein des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), aux côtés des équipes de médecine somatique.

Les SMPR accueillent pour des suivis intensifs, avec leur consentement, des détenus des prisons de la région qu'ils desservent. Mais ils ne dispensent pas de soins intensifs en hospitalisation temps plein.

En établissement de santé

L'accès à l'hospitalisation temps plein en établissement de santé peut se faire :

– en unité d'hospitalisation de secteur de psychiatrie générale, sous la forme exclusive de l'hospitalisation complète sur demande du représentant de l'État (SDRE, ex-hospitalisation d'office) en vertu des dispositions de l'article D398 du code de procédure pénale et de l'article L. 3214-3 du code de la santé publique. Un des inconvénients majeurs est l'absence de garde pénitentiaire, et par conséquent un fréquent maintien en chambre d'isolement pendant tout le séjour pour éviter une éventuelle évasion ;

– en UHSA, unité d'hospitalisation spécialement (et spécifiquement) aménagée pour l'hospitalisation psychiatrique, libre (HL) ou sans consentement (SDRE) des personnes détenues. Un des avantages est la sécurisation périmétrique des unités par l'administration pénitentiaire, rendant les conditions d'accueil et de soins satisfaisantes.

Le nombre d'hospitalisations d'office des personnes détenues est passé de 100 par an au début des années 1990 à environ 2 300 en 2012.

Le programme UHSA a démarré en 2010 ; 705 lits exclusivement réservés aux personnes écrouées sont prévus à terme.

Tant que le programme n'est pas achevé coexistent les deux modalités d'accueil : unité d'hospitalisation des secteurs de psychiatrie générale (SDRE) et UHSA (HL et SDRE).

À terme, et sous condition d'évaluation de la pertinence du dispositif, seules les UHSA accueilleront les patients détenus en situation de décompensation psychiatrique requérant une hospitalisation.

L'hospitalisation en unité pour malades difficiles demeure possible lorsque la gravité des troubles et la dangerosité psychiatrique du patient dépassent les capacités de prise en charge du secteur ou de l'UHSA.

PARTICULARITÉS DES ASPECTS ET DE LA PRISE EN CHARGE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

La spécificité tient non à l'exercice mais au lieu d'exercice.⁷

Les psychiatres sont très sollicités en prison, la psychiatrie étant fantasmée comme LA solution susceptible d'apaiser... Il s'agit dès lors de bien délimiter le champ d'action et d'intervention du psychiatre et de le faire savoir aux partenaires par une « pédagogie inlassable ».

La médecine, singulièrement la psychiatrie en milieu pénitentiaire, est une médecine de soin de la personne malade, en souffrance ou en demande. Elle doit être un acteur facilement accessible pour tous les détenus quelle que soit l'infraction commise et non en fonction de la « commande » pénitentiaire (gestion des comportements perturbateurs) ou judiciaire (instauration de « thérapies visant la prévention de la récidive » délinquante).

Pour ce faire, elle doit garantir un strict respect de la déontologie médicale, « comme à l'extérieur », en particulier le respect du consentement informé du patient aux soins et le respect du secret professionnel médical.

Il ne s'agit pas dans cet article de reprendre l'ensemble de la séméiologie psychiatrique rencontrée ni l'éventail des prises en charge thérapeutiques possibles mais plutôt d'insister sur certains

aspects et certaines particularités.^{8,9} Il convient d'insister sur les conduites addictives qui accompagnent nombre de troubles psychiatriques et les comorbidités somatiques souvent sous-estimées

Pathologies réactionnelles

Troubles du sommeil, anxiété, état dépressif, maladies à valence psychosomatique sont très fréquents, souvent à des périodes clés de la trajectoire pénitentiaire (début de l'incarcération, transfert dans un autre établissement, approche de la libération) ou du processus judiciaire (confrontations, reconstitutions, jugement).

S'ils sont fréquents et « compréhensibles », ces troubles ne doivent pas être traités à la légère, car ils peuvent faire le lit de décompensations aiguës et de raptus suicidaires.

L'approche thérapeutique doit privilégier la relation d'aide. Les traitements médicamenteux doivent être limités dans le temps ; il n'est pas toujours aisé d'en convaincre les patients tant ceux-ci y voient un « refuge ».

Plus rarement, on peut être confronté, chez une personne sans antécédents, à une décompensation anxio-dépressive aiguë, généralement à thématique persécutoire et à mécanismes polymorphes. C'est la « classique » psychose carcérale dont la prise en charge psychiatrique est celle d'un épisode délirant aigu. L'évolution à terme est généralement favorable mais témoigne d'une fragilité sous-jacente à ne pas négliger.

Pathologies révélées à la faveur de ou par l'emprisonnement

Chez les jeunes gens, une entrée dans la psychose, singulièrement la schizophrénie, peut se manifester par un trouble du comportement qui constitue une infraction pénale ; outrage et rébellion pour un contrôle d'identité (vécu comme une intrusion dans le « périmètre de sécurité »), agression d'un quidam pour un mauvais regard, voyage (pathologique) sans titre de transport, tapage nocturne, menaces de mort...

Les troubles de l'humeur bipolaires peuvent également s'inaugurer par un trouble du comportement constituant une infraction pénale : agression sexuelle au cours d'un accès maniaque, suicide altruiste au cours d'une mélancolie délirante.

De même chez les personnes âgées, la désinhibition (notamment sexuelle) inaugure parfois un processus démentiel.

Pathologies préexistantes, et leur évolution

L'emprisonnement peut être un facteur de stress ou de décompensation qui va aggraver une pathologie préexistante.

C'est flagrant dans le cas des psychoses. L'effraction de l'intimité et du périmètre de sécurité, le vécu d'hostilité ambiante (parfois avérée), la vulnérabilité aux sollicitations (racket, menaces...) vont constituer une toile de fond subaiguë sur laquelle s'inscriront des épisodes de décompensation dépressive, délirante, anxieuse, voire catatonique.

L'enjeu majeur est d'éviter la dégradation psychique et relationnelle en maintenant le lien thérapeutique.

Une population émerge actuellement en milieu pénitentiaire, celle des personnes notoirement déficientes intellectuelles, qui « clashent » à répétition avec mise en danger de soi et d'autrui, moins par intolérance à la frustration que par défaut structurel de capacité adaptative.

Troubles de la personnalité

La population pénale est majoritairement composée d'hommes jeunes. La personnalité à expression psychopathique y est largement représentée, marquée par l'impulsivité, l'intolérance à la frustration, la décharge émotionnelle et le passage à l'acte comme réponse court-circuit face aux situations de stress et de vécu d'impuissance et/ou d'injustice.

Ce type de fonctionnement est mal vécu par l'entourage et se traduit souvent par des situations de conflits et de rejet (« escalade symétrique »).

La prise en charge psychiatrique s'inaugure souvent au décours d'un passage à l'acte autoagressif (automutilation, tentative de pendaison) ou d'un épisode d'agitation psychomotrice.

Conduites addictives

La population pénale est particulièrement touchée par les addictions. Alcool, cannabis, psychotropes (benzodiazépines notamment), opiacés (dont Subutex), amphétamines, cocaïne – souvent associés – constituaient le quotidien de 38 % des personnes avant leur incarcération.³ De plus, près de 80 % des entrants sont fumeurs.

La visite médicale des arrivants est un moment primordial pour faire le bilan des consommations, informer, initier une prise en charge et orienter vers une consultation spécialisée.

La prise en charge du sevrage à l'entrée est primordiale :

- le sevrage alcoolique est une urgence médicale ; il n'est pas rare après 48 heures de garde à vue que des signes de pré-délirium tremens soient présents ;
- le sevrage aux benzodiazépines survient dans un délai de 1 à 10 jours ; le risque de crise comitiale n'est pas négligeable ;
- le sevrage aux psychostimulants entraîne l'apparition de troubles du sommeil, de dysphorie, voire d'un état dépressif.

Les traitements de substitution aux opiacés (méthadone et buprénorphine) s'adressent aux dépendances majeures aux opiacés. Il n'y a aucune justification médicale à cesser « de principe » un tel traitement en prison. De plus, les indications d'une première prescription sont les mêmes qu'en milieu libre. Le choix de l'un ou l'autre des traitements de substitution est fonction de la clinique et de l'autonomie du sujet.

QUELS TRAITEMENTS ?

Soigner dans un lieu aussi contraint et intrusif que la prison est un peu une gageure ! Les épisodes aigus relèvent le plus souvent d'une prise en charge initiale en hospitalisation.

Traitements médicamenteux psychotropes

La pharmacopée disponible est, bien entendu, la même qu'en milieu libre. La demande médicamenteuse est forte, à l'instar de celle de la population française dans son ensemble, mais prescrire en milieu pénitentiaire n'est jamais anodin, les mésusages étant particulièrement fréquents, qu'il s'agisse d'une consommation abusive (« pour oublier la prison »), toxicomane (benzodiazépines), voire à but suicidaire, ou d'un commerce (racket, trafic, échanges).

Dans la plupart des établissements pénitentiaires, la délivrance pour plusieurs jours est la règle et la dispensation quotidienne est réservée aux plus fragiles et aux moins stabilisés.

Pour exemple, un jour donné de 2011, 27 % de la population pénale de la prison des Baumettes a reçu un traitement médicamenteux psychotrope.

Les benzodiazépines sont très (trop) prescrites. La réévaluation régulière de l'indication doit être la règle, et la prescription doit être limitée dans le temps. Les médicaments à fort pouvoir toxicomanogène doivent être évités (clonazépam [Rivotril], clorazépate [Tranxène], flunitrazépam [Rohypnol] notamment).

Les troubles du sommeil étant un motif très fréquent de consultation, les hypnotiques sont fort prisés et prescrits. On privilégie des médicaments à demi-vie courte, à la dose la plus faible possible et le moins longtemps possible.

Le diagnostic d'état dépressif n'est pas toujours aisé à poser, et pourtant bien des tableaux d'anxiété rebelle, de troubles du sommeil, d'irritabilité et d'agressivité sont une expression atypique d'une souffrance dépressive sous-jacente qui peut bénéficier d'un traitement antidépresseur.

Les traitements neuroleptiques anti-psychotiques, souvent proposés en période critique (y compris au cours d'une hospitalisation), et à maintenir au long cours, posent le problème de leur

La prison en quelques chiffres

L'administration pénitentiaire fournit annuellement ses statistiques.¹

- Au 1^{er} juillet 2012, 67 373 personnes étaient détenues, un record ! Pour 57 236 places réparties en 191 établissements pénitentiaires.
- En 2011, 88 058 personnes sont entrées en prison (et à peu près autant en sont sorties).
- La surpopulation pénale affecte principalement les maisons d'arrêt, avec des taux d'occupation de l'ordre de 125 %, 200 % dans certains cas.
- Pour l'essentiel, les personnes détenues sont des hommes jeunes (moyenne d'âge 34,4 ans).
- Les femmes représentent 3,4 % des personnes détenues,

les mineurs 1,1 %, les jeunes majeurs (18 à 21 ans) 7,3 %, les 50 à 60 ans 7,8 %, et les plus de 60 ans 3,5 %.

• Cette population est caractérisée par une surreprésentation des catégories sociales les plus démunies et dont le niveau éducatif est le moins élevé.

• 25 % des détenus sont des prévenus. Les personnes condamnées sont majoritaires, mais près des deux tiers sont hébergées en maison d'arrêt ou dans les quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires.

• 26,5 % des condamnés le sont pour violences volontaires, 18,8 % pour vol, 14,2 % pour trafic de stupéfiants et 13,4 % pour viol, agression ou atteinte sexuelle.

• La durée moyenne de détention est de 9,6 mois. Plus de 40 % des condamnés purgent une peine inférieure ou égale à 1 an ; 6,2 %, à perpétuité. À peine 18,6 % des condamnés bénéficient d'un aménagement de peine.

• Le phénomène d'inflation carcérale et d'allongement de la peine est observé dans presque tous les 47 États-membres du Conseil de l'Europe. •

RÉFÉRENCE

1. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1^{er} janvier 2012. Direction de l'administration pénitentiaire, ministère de la Justice. <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041>

acceptabilité et de l'observance. L'accompagnement thérapeutique doit être solide.

Les troubles de l'humeur de type bipolaire sont sous-évalués. Les thymorégulateurs ont toute leur place dans ce type de pathologie ; ils ont, de plus, un effet d'apaisement intéressant sur les manifestations agressives.

Bien entendu, les traitements médicamenteux n'ont d'intérêt que s'ils s'inscrivent dans une prise en charge thérapeutique globale.

Psychothérapies

Les psychothérapies, comprises au sens large du terme, depuis la relation d'aide jusqu'aux psychothérapies individuelles, en passant par les techniques de groupe, sont possibles en prison.

Les objectifs de la relation d'aide sont la restauration de l'estime de soi, la mobilisation des capacités introspectives, la

motivation au changement. Elle ouvre assez souvent vers une démarche psychothérapique d'approfondissement, généralement conduite par un psychologue clinicien.

On soulignera la prégnance des traumatismes dans l'histoire de vie de nombre de patients et l'intérêt des approches spécifiques (type *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* [EMDR] p. ex.).

Les thérapies de groupe (groupes de parole, groupes à médiation culturelle ou artistique), l'ergo-sociothérapie sont très opérantes avec des patients mis à mal par le face-à-face et plus enclins à s'exprimer au travers d'un « médiateur » qui stimule la créativité et permet de se vivre comme digne d'intérêt et compétent.

Gestion du péril imminent

La prise en charge d'une situation critique de péril imminent pour soi (sui-

Pathologie infectieuse en milieu carcéral

Marc-Antoine Valantin

Service des maladies infectieuses et tropicales, groupe hospitalier La Pitié-Salpêtrière, 75013 Paris ; Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis, 91700 Fleury-Mérogis, France. marc-antoine.valantin@psl.aphp.fr

La prison est considérée comme un lieu à haut risque sur le plan infectieux. Il s'y concentre une population fréquemment consommatrice de substances psychoactives, marquée par une précarité sociale importante et des comorbidités psychiatriques fréquentes.

Infection par le VIH, hépatites virales, tuberculose

Leur prévalence est nettement plus élevée que dans la population générale, en particulier pour l'hépatite C chronique, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou la tuberculose.

L'étude Prevacar (juin 2010) a permis de déterminer la prévalence de l'infection par le VIH et de l'hépatite C en milieu carcéral.¹ Le recueil des informations était effectué à partir des dossiers médicaux, et la

population éligible correspondait à des personnes d'un âge supérieur à 18 ans et incarcérées le jour du tirage au sort en métropole et dans les départements d'outre-mer. Sur les 60 975 personnes incarcérées le jour de l'enquête en juin 2010, 2 154 ont été randomisées dans 27 établissements pénitentiaires, et 1 861 questionnaires analysés. Dans 30 % des cas, le résultat des sérologies pour le VIH et/ou le virus de l'hépatite C (VHC) n'était pas dans les dossiers médicaux. Les prévalences du VIH et de l'hépatite C (anticorps VHC positifs) étaient estimées à 2 % (intervalle de confiance à 95 % [IC] : 0,95-4,23) et 4,8 % (IC : 3,53-6,50), respectivement. Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne étaient les plus touchées par le VIH, avec une prévalence pouvant atteindre 15 % (IC : 6,6-31,8). Les femmes étaient plus à risque d'avoir une sérologie positive pour le VHC (11,8 % [8,5-16,1] vs 4,5 % [3,3-6,3] pour les hommes). Ces données témoignent d'une prévalence en milieu carcéral 4 à 6 fois supérieure

pour l'infection par le VIH et 6 fois supérieure pour l'hépatite C à celles observées dans la population générale (prévalence globale des anticorps VHC : 0,84 %, ² prévalence estimée de l'infection par le VIH entre 0,3 et 0,4 % ³).

Peu de données épidémiologiques concernant la fréquence de la tuberculose en milieu carcéral sont disponibles en France. Dans une étude menée en 1994-1995 dans les maisons d'arrêt, l'incidence de la tuberculose a été estimée à 215/100 000 détenus en Île-de-France et à 130/100 000 en Provence-Alpes-Côte d'Azur.⁴ À titre de comparaison, l'incidence en Île-de-France en population générale était de 36/100 000 habitants en 1995.⁵ Selon les données de la déclaration obligatoire, 52 cas de tuberculose ont été diagnostiqués en milieu pénitentiaire en 2004, pour une population carcérale estimée à 57 950 détenus (population au 1^{er} novembre 2004), ce qui correspondrait approximativement à une incidence de l'ordre de 90 cas pour 100 000 personnes.⁶

IST et pathologie cutanée

Les relations sexuelles entre détenus ou dans les parloirs sont une réalité, mais restent un sujet tabou et difficile à aborder. Le dépistage, lors de l'incarcération, des principales infections sexuellement transmissibles (IST) est hétérogène d'un établissement à l'autre et n'est pas systématiquement proposé. Dans une enquête publiée en 2007,⁷ seuls les chiffres sur la syphilis étaient disponibles : la proportion de sérologies positives était estimée à 0,39 % (12 tests positifs sur 3 054 personnes représentant 15 % de la population incarcérée en 2005 [20 195 personnes]).⁷

Deux autres études^{8,9} ont permis d'apprécier la nature de la pathologie cutanée observée en milieu carcéral : la plupart des détenus consultaient pour une ou plusieurs dermatoses bénignes ; les plus fréquentes étaient les infections fongiques et l'acné ; aucune pathologie ou complication liée au piercing ou au tatouage n'a été rapportée dans ces publications.

cide) ou pour autrui (agression) du fait d'un trouble psychiatrique avéré et aigu n'est pas très différente de ce qui se passe en population générale. Le médecin appelé au chevet du patient, après un examen clinique soigneux, prend toute mesure conservatoire utile : souvent, un traitement médicamenteux proposé voire imposé (à cet égard, la forme gouttes est souvent plus efficace et mieux acceptée que la forme injectable) avec une surveillance clinique rigoureuse, puis une orientation vers une structure psychiatrique spécialisée (service d'urgences ou hôpital psychiatrique si l'hospitalisation s'impose).

L'information des tiers aidants de première ligne que sont les personnels pénitentiaires, sur le risque auto- ou hétéro-agressif, est prévue par les textes (loi du 25 février 2008). Cela ne pose pas de problème déontologique majeur dès lors qu'il s'agit non de dévoiler la pathologie mais de préserver l'intégrité des personnes.

SITUATIONS PARTICULIÈRES ET CONDUITES À TENIR

Risque suicidaire

La prévention du suicide est de longue date une préoccupation majeure en milieu pénitentiaire.^{10,11} D'autant que le

suicide y est 6 à 7 fois plus fréquent qu'en population générale et que le nombre de suicides ne diminue pas significativement malgré les mesures prises : 116 en 2011, 109 en 2010, 115 en 2009.

L'ensemble des professionnels et intervenants y sont particulièrement attentifs : c'est l'affaire de tous et non pas seulement des professionnels de santé.

L'objectif de prévention et de repérage est triple :

- améliorer l'accueil et créer un contexte respectueux des personnes détenues dans leur ensemble ;
- repérer plus précisément les personnes et situations à risque :

Prévention du risque infectieux

La détention ne signifie pas l'arrêt de toute consommation de produits toxiques. La poursuite et parfois l'apprentissage des injections de drogue par voie intraveineuse, les relations sexuelles, la pratique des tatouages et des piercings sont des comportements à risque qui se pratiquent en détention, c'est pourquoi la politique de réduction des risques est une action complémentaire de la prise en charge médicale des patients infectés par le VIH, le VHB et le VHC. L'enquête Coquelicot a révélé que, parmi les usagers de drogues ayant vécu un épisode d'incarcération, 12 % déclaraient avoir eu recours à l'injection en détention et 31 % avoir partagé leur seringue.¹⁰ Dans l'étude Prevacar-Offre de soins en milieu carcéral en France, 18 % des unités de consultations et de soins ambulatoire déclaraient avoir eu connaissance de découverte de seringues usagées au cours des 12 derniers mois.¹¹ Une étude récente, Pri2de, a permis d'évaluer différentes actions de prévention du risque infectieux en milieu carcéral.¹² Au total, 103 des 171 établissements (66 %) accueill-

lant 43 365 détenus (69 % des détenus incarcérés) ont fourni des données complètes : 62 % étaient des maisons d'arrêt, 13 % des centres pénitentiaires et 25 % des prisons pour peine. Cette étude a permis de mettre en évidence une insuffisance globale de mise en œuvre du dispositif de réduction des risques infectieux dans l'ensemble des établissements pénitentiaires. La conduite des traitements de substitution, par exemple, est parfaitement hétérogène d'un établissement à l'autre, la proportion de détenus substitués variant de 0 à 40 % selon les établissements. L'information fournie quant à l'utilisation de l'eau de Javel distribuée pour la stérilisation du matériel d'injection conformément aux préconisations¹³ est également insuffisante, un responsable d'unité sur cinq estimant cette information accessible et intelligible. Enfin, il est important également d'inciter davantage aux dépistages des différents virus et à la vaccination contre le VHB.

Les pathologies infectieuses plus classiques ne semblent pas être plus fréquentes en milieu carcéral que

dans la population générale. La prise en charge médicale et thérapeutique des pathologies infectieuses, en particulier l'infection par le VIH et les hépatites chroniques, doit être équivalente à celle proposée en milieu libre. Cette prise en charge, en détention, n'a de valeur que si elle s'inscrit dans la continuité, d'où l'importance de la préparation à la sortie de prison. L'amélioration des conditions d'hygiène dans les établissements pénitentiaires est un aspect primordial de la prise en charge infectieuse des personnes incarcérées. •

RÉFÉRENCES

1. Jauffret Roustide M, Le Strat Y, Chiron E, et al. Les personnes détenues : Prevacar, une enquête de prévalence du VIH, du VHC et des traitements de substitution aux opiacés. Institut de Veille Sanitaire/Direction générale de la santé. www.invs.sante.fr
2. Surveillance et prévention des hépatites B et C en France : bilan et perspectives. BEH 2009;20-21:195.
3. Supervie V, Ndawinz J, Costagliola D. Les nouvelles estimations de la population non diagnostiquée pour le VIH en France. Séminaire de recherche de l'ANRS. Paris, mai 2012. www.anrs.fr
4. Grémy I. La tuberculose dans les prisons d'Île-de-France et de Provence-Alpes-Côte d'Azur. Enquête prospective juillet 1994-juin 1995. Observatoires régionaux de santé d'Île-de-France et de Provence-Alpes-Côte d'Azur 1996;75.
5. Institut de veille sanitaire. Épidémiologie des maladies à déclaration obligatoire en France. Situation en 1995 et tendances évolutives récentes. Les cas de tuberculose déclarés en France en 1995. BEA, 1995.
6. Ché D, Bitar D. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2004. BEH 2006;18:121-4.
7. Barbier C. VIH/IST/Hépatites en milieu carcéral en Île-de-France. Paris: Direction régionale des affaires sanitaires et sociales, 2007. http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/Etat_des_lieux_carceral_definitifseptembre2007_-_Version_compressée_.pdf
8. Bayle P, Cuzin L, Paul C, et al. Prisoners and skin diseases in Toulouse, France: epidemiological analysis and evaluation of life impact. J Eur Acad Dermatol Venereol 2009;23:52-7.
9. Grange F, Levin B, Pellenq E, Haegy JM, Guillaume JC. Dermatological consultation behind bars: an analysis on a three-year period in a French prison. Ann Dermatol Venereol 2001;128:513-6.
10. Jauffret-Roustide M, Couturier E, Le Strat Y, et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot. BEH 2006;33:244-7.
11. Chemlal K, Bouscaillou J, Jauffret-Roustide M, et al. Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites : Enquête Prevacar 2010. BEH 2010;10-11:131-4.
12. Michel L, Jauffret-Roustide M, Blanche J, et al.; ANRS PRIIDE study group. Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE): implications for public health and drug policy. BMC Public Health 2011;11:400.
13. Circulaire DGS/DH/DAP n° 96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels. http://pmb.ofdt.fr/pmb_documents/LEI/882.pdf

M.-A. Valantin déclare des interventions ponctuelles pour Roche, Janssen-Cilag, Gilead, Bristol-Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Merck/Schering-Plough et Boehringer Ingelheim et avoir été pris en charge lors de déplacement pour congrès par ces mêmes entreprises.

- personne bien insérée socialement, atteinte aux personnes, infraction à caractère sexuel, personne souffrant de troubles psychiatriques ou d'addictions...
- première incarcération, choc de l'incarcération, confrontation, jugement, approche de la libération, mauvaise nouvelle, placement en quartier disciplinaire...
- repérer les situations de crise suicidaire (scénario suicidaire en cours d'élaboration), en sachant que nombre de passages à l'acte surviennent dans un contexte d'impulsivité qui les rend difficiles à anticiper (raccourcissement de la durée de la crise et hyperréactivité au contexte situationnel et relationnel).

Lorsqu'un suicide a eu lieu, c'est le temps de la postvention avec un travail collectif pluridisciplinaire de réflexion et de parole, non pour rechercher les responsabilités, non pour fouiller l'intimité de la personne suicidée, mais pour dépasser le non-dit et en tirer enseignement. En postvention, il faut être très attentif aux personnes détenues fragiles qui peuvent trouver là le « courage » de passer à l'acte (« épidémie » suicidaire).

Prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel

Le nombre de condamnés pour viol, agression ou atteinte sexuelle était de

7 722 au 1^{er} janvier 2012, soit 13,4 % des condamnations et un pourcentage en diminution (25 % en 2001).

Ils sont généralement plus âgés que la population pénale dans son ensemble (44 *vs* 34 ans) et les peines prononcées sévères (6,9 ans fermes pour un crime, 1,6 pour un délit). Cependant, il faut souligner que le taux de récidive des infractions à caractère sexuel est 3 fois inférieur au taux de récidive des autres infractions.

Ces détenus, appelés « pointeurs », ont mauvaise presse auprès de la population pénale, auprès d'une partie du personnel pénitentiaire et également, il faut bien le

dire, de certains soignants. Leur vie en détention est dès lors difficile et ils sont souvent objets de brimades, voire de violences.

Vingt-deux établissements pour peine sont spécialisés dans l'accueil de ces condamnés, et le ministère de la Santé y a renforcé l'offre de soins.

Les auteurs d'infraction à caractère sexuel présentent une grande hétérogénéité sur le plan psychopathologique, puisqu'en effet ce type d'infraction n'est pas une catégorie diagnostique mais un acte délictueux ou criminel. Tout peut se voir, du plus normal au plus pathologique.

La prise en charge thérapeutique comporte un aspect non spécifique, commun à l'ensemble de la population pénale et motivé par des troubles du sommeil, des réactions anxieuses, un état dépressif, un risque suicidaire (souvent important), et un aspect spécifique, d'exploration des conditions du passage à l'acte et d'élaboration psychodynamique.

Le choix du type de prise en charge est fonction de la problématique clinique sous-jacente, des capacités d'élaboration du patient et du contexte (stade du processus judiciaire, trajectoire pénitentiaire, contexte familial et soutien social...).

Le traitement n'a pas pour objectif la prévention d'une récidive délinquante ; il a pour objectif la mise en œuvre d'un travail (difficile et incertain) d'élaboration psychique qui permet au sujet engagé dans le travail de repérer son fonctionnement mental et son mode relationnel (et leurs conséquences) et de s'en défaire si possible. Le soin peut ainsi contribuer à la prévention de la récidive de surcroît.

Le suivi socio-judiciaire

Tel qu'il a été créé et modifié par le législateur, le suivi socio-judiciaire est intimement lié au soin.¹² Que ce soit en milieu carcéral ou dans le cadre d'un suivi en milieu ouvert, la loi offre un cadre judiciaire, incitation au soin (prison) ou injonction de soin (milieu ouvert), qui peut permettre la rencontre avec la personne condamnée.

Mais il faut bien avoir à l'esprit que tous les auteurs d'infraction à caractère sexuel ne relèvent pas d'une thérapie, loin s'en faut.

Femmes incarcérées

Les femmes représentent 3,4 % de la population pénale. Les pathologies psychiatriques, les addictions et les troubles de la personnalité y sont surreprésentés ; 70 % des femmes incarcérées ont au moins un trouble psychiatrique, la majorité cumulant plusieurs troubles.³

Leur recours aux soins est, comme en population générale, plus important et plus spontané que celui de la population masculine.

Malheureusement, du fait de leur petit nombre, les dispositifs de soins leur sont rarement dédiés.

Mineurs incarcérés

Les mineurs représentent 1,1 % de la population pénale ; au 1^{er} janvier 2012, il y avait 80 détenus âgés de 13 à 16 ans et 637 de 16 à 18 ans. La durée moyenne de leur incarcération est de l'ordre de quelques semaines, à l'exception évidemment des crimes (rares).

Les pathologies psychiatriques avérées sont rarement observées. En revanche, les carences éducatives et affectives sont souvent au premier plan ainsi que l'imaturité affective et les troubles du comportement qui en résultent.

Un élément fondamental à considérer est la potentialité évolutive de la personnalité à cet âge.

En milieu pénitentiaire, dès lors que le mineur est incarcéré et voit sa responsabilité pénale engagée ou reconnue, il est légitime qu'il soit acteur principal des décisions concernant sa santé et que son consentement soit recherché pour tout traitement. Néanmoins, il est important de rappeler que persiste le principe de l'autorité parentale (article 371-1 du CC).

Quartier disciplinaire

Par essence, et pour tous les détenus qui y sont soumis et quelles qu'en soient les raisons, l'isolement en quartier disci-

plinaire est susceptible de générer des troubles psychologiques.

La position du médecin et singulièrement du psychiatre n'est pas aisée. Sollicité par l'administration pénitentiaire (ou le détenu lui-même) pour évaluer la compatibilité de l'état de santé de la personne avec la mesure prise, il ne peut que se prononcer, après un examen clinique soigneux, sur l'altération de l'état de santé le mettant en péril et rendant le maintien en isolement inapproprié.

En tout état de cause, il lui faut résister à l'instrumentalisation implicite (ou explicite) des uns (éviter la sanction) et des autres (valider la sanction).

Il faut retenir que le suicide est 7 fois plus fréquent en quartier disciplinaire qu'en détention « ordinaire » ; c'est le risque majeur à appréhender du mieux possible.

Très longues peines et réclusion criminelle à perpétuité

L'enquête sur la santé mentale des personnes condamnées à des longues peines est très parlante.³ La moitié d'entre elles sont condamnées à la réclusion à perpétuité.

Près des deux tiers des détenus (63 %) souffrent d'au moins un trouble psychiatrique. Le risque suicidaire, identifié chez plus de la moitié des personnes détenues, apparaît encore très présent après une longue durée d'incarcération. Les détenus dont l'état est considéré comme « normal, pas du tout malade » ne représentent que 8 % de la population interrogée.

La démesure de la sanction renvoie à une image de monstruosité. L'absence de perspective de sortie, l'impossibilité d'anticiper un avenir génèrent une angoisse de mort très déstructurante au fil des années. Il faut donc, tout en respectant l'inévitable ritualisation de la vie et de la mise en sommeil des désirs, et en faisant face parfois à des détresses aiguës, maintenir un espace-temps de parole et de créativité, et donc un futur possible.

SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE : QUELLES PERSPECTIVES ?

L'originalité du dispositif français est d'avoir clairement confié la mission de soins au service public hospitalier et d'avoir considéré les personnes détenues comme des citoyens à part entière, dont les besoins sanitaires doivent être satisfaits d'une manière équivalente à celle du milieu libre. Le choix fait de l'hôpital, et non pas de la prison, pour y installer les unités d'hospitalisation tant somatiques que psychiatriques témoigne de ce souci et de cette orientation.

L'évolution du dispositif de soins psychiatriques aux détenus va, comme beaucoup d'autres dispositifs, vers la spécificité, c'est-à-dire une connaissance des problématiques en profondeur, un savoir-faire et une meilleure efficacité.

L'enjeu essentiel du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire était déjà, mais l'est encore davantage avec les UHSA, son articulation effective avec le dispositif sanitaire, médico-social et social du milieu libre, notamment en matière de préparation à la sortie et d'aménagements de peine.

Dans le cas particulier des patients souffrant de psychoses, si cette articulation ne fonctionne pas, la prison se constitue en « structure alternative ».

La présence de nombreux malades mentaux dans les prisons n'est pas (ou pas seulement) le témoignage de leur intégration à la vie ordinaire de la société. Elle pose la question de la contamination de la communauté psychiatrique par la culture de la peur et du renoncement à la clinique psychiatrique des structures de soins qui ne peuvent plus contenir les troubles graves du comportement issus de la fragmentation psychique des patients psychotiques ou « difficiles à soigner ».

En effet, les raisons expliquant la concentration de personnes souffrant de troubles mentaux dans les prisons ne sont pas circonstancielles, mais désormais structurelles.

C'est un mouvement sociétal qui s'est organisé, en contrepoint de l'ouverture prônée par la communauté psychiatrique, et qui vise à neutraliser les malades mentaux et assimilés (déviant sociaux) pour se protéger de leur dangerosité, criminologique ou psychiatrique, supposée ou avérée.¹³ La responsabilisation pénale des malades mentaux en est une illustration.

Ainsi, pour ne pas transformer l'option de la spécificité de la prise en charge en filière ségrégative, il convient de rester vigilant et de conserver une conscience critique vis-à-vis des dispositifs que nous mettons en place et faisons vivre. •

SUMMARY Specific aspects and management of psychiatric conditions in correctional settings

Correctional psychiatry is a patient-centered medicine, similar to that practiced anywhere else, independent, governed by the same objectives (deliver the highest standard of care) and the same obligations (respect patients' dignity, their informed consent and the confidentiality they are entitled to). However, it has been a victim of its own success. As correctional psychiatry was expanding, so was the psychiatric morbidity among inmates. Consequently, the initial clinical hypothesis, which was based on the integrative function of correctional psychiatry, created in the early eighties, comes up against the segregating impact of an intramural specialty practice.

RÉSUMÉ Aspects particuliers de la pathologie psychiatrique en prison et de sa prise en charge

La psychiatrie en milieu pénitentiaire est une médecine de soins à la personne à l'instar de celle qui se pratique en tous lieux, indépendante, régie par les mêmes objectifs (œuvrer pour le meilleur état de santé possible du patient) et les mêmes devoirs (respect de la dignité des personnes, de leur consentement informé et de la confidentialité qui leur est due). Mais elle est victime de son succès. Dans le même temps que la psychiatrie en milieu pénitentiaire se déployait, la morbidité psychiatrique de la population pénale augmentait. Ainsi, l'hypothèse clinique intégrative du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, créé au début des années 1980, vient aujourd'hui buter sur la logique ségrégative d'une filière « intra-muros ».

C. Paulet déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts.

RÉFÉRENCES

1. Baron-Laforêt S, Brahmy B. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-953-A-10, 1998.
2. Badinter R. Les épines et les roses. Paris : Fayard, 2011.
3. Enquête épidémiologique de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. Direction scientifique B. Falissard. Étude pour le ministère de la Santé (Direction générale de la santé) et le ministère de la Justice (Direction de l'administration pénitentiaire). CEMKA-EVAL; décembre 2004.
4. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet 2002;359:545-50.
5. Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. Ministère de la Santé, ministère de la Justice.
6. Paulet C. Évolution du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Soins 2005;701:33-5.
7. Bertrand D, Niveau G. Médecine, santé et prison. Méd Hygiène 2006.
8. Michel L, Brahmy B. Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Paris : Heures de France, 2005.
9. Thomas P, Adins-Avinee C. Psychiatrie en milieu carcéral. Paris : Elsevier Masson, 2012.
10. Duthe G, Hazard A, Kensey A, Pan Ke Shon JP. Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. Population et sociétés 2009;462:1-4.
11. Terra JL. Prévention du suicide des personnes détenues. Ministère de la Justice, décembre 2003.
12. Rapport d'information de la Commission des lois de l'Assemblée nationale sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel, présenté par E. Blanc, député. Paris :

Documentation française, février 2012.

13. Delmas-Marty M. Libertés et sûreté dans un monde dangereux. Paris : Seuil, 2010.

Pour en savoir plus

- David M, Paulet C, Laurencin G. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : la loi de 1994 pourrait-elle être remise en cause par l'essor de la préoccupation sécuritaire et de l'évaluation de la dangerosité ? Information psychiatrique (à paraître).
- Les règles pénitentiaires européennes ; août 2006. Direction de l'administration pénitentiaire ; ministère de la Justice. <http://www.justice.gouv.fr/europe-et-international-10045/les-regles-penitentiaires-europeennes-10283/>